ITEM 353 : RISQUE ET CONDUITE SUICIDAIRE

Conduite suicidaire = **suicide, tentative de suicide, idées de suicide** ou **équivalent suicidaire.**
- **Suicide** = acte délibéré ou intentionnel d'en finir avec sa propre vie, entraînant le décès de l'individu.
- **Tentative de suicide** = acte délibéré visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne avec intention de mourir, sans issue fatale.
➔ Exclut les **conduites addictives**, les **automutilations répétées** (scarification) et les **refus de s'alimenter** et **refus de soins.**
- **Réitération suicidaire =** faire une nouvelle tentative de suicide.
- **Idée suicidaire (IDS)** = pensée de se donner la mort, élaboration consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif.
- **Équivalent suicidaire** = conduite à risque mettant en jeu la vie du sujet sans qu'il en ait réellement conscience.
- **Suicidant** (individu survivant à une tentative de suicide) ≠ **suicidé** (décédé) ≠ **suicidaire** (individu ayant des idées suicidaires).

EPIDEMIOLOGIE	**Idées suicidaires**	- 4,2 % des personnes interrogées de 18 à 85 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois. - 5-10 % des adolescents ont eu des idées suicidaires dans l'année. - Surtout chez les filles (SR 2/1).
	Tentatives de suicide	- Prévalence = 7,2 % des 18-75 ans au cours de leur vie, 0,39 % au cours des 12 derniers mois, **150 000** à **200 000**/an soit 1 TS toutes les 4 minutes. - 5-10 % des adolescents déclarent avoir fait une TS au cours de leur vie. - Prédominant chez les femmes (4/1) et chez les sujets jeunes (20-25 ans chez la femme, 15-19 ans chez l'homme), puis diminue avec l'âge. - Principaux modes utilisés : **intoxication médicamenteuse volontaire (psychotropes et antalgiques), phlébotomie, saut d'une grande hauteur, pendaison, intoxication au gaz.** - 40% de récidive après une TS, dont la moitié dans l'année qui suit. - **Réitération suicidaire** = mortalité par suicide après une 1re TS : **1 %** dans l'année, **10 %** au cours de la vie.
	Suicide	= Evalué à partir des certificats de décès : sous-estimé (incertitude sur l'intentionnalité de l'acte). - Une des premières causes de mort évitable. - 16,4 suicides pour 100 000 personnes/an. - **9 000 décès/an** en France, soit 1 suicide toutes les 40 minutes avec une prédominance masculine (3/1), et surtout chez l'homme âgé. - Le taux augmente avec l'âge. - Baisse de l'incidence depuis 30 ans. - 2e cause de mortalité chez les 15-24 ans et **1ère cause de mortalité** chez les 25-34 ans. - Mode : **pendaison** (homme ++), **armes à feu, intoxication médicamenteuse volontaire** (femme ++), saut dans le vide. - **Autopsie psychologique** : **90 %** des suicidés présentent **au moins un trouble psychiatrique** lors du décès.
CRISE SUICIDAIRE	= **Crise psychique** dans un contexte de **vulnérabilité**, avec **l'expression d'idées** et **d'intentions suicidaires.** - Dépassement des ressources d'adaptation du sujet, avec sensation d'être dans l'impasse et majoration des idées suicidaires, qui va progressivement apparaître comme l'unique solution permettant au sujet de sortir de l'état de crise. - **Etat réversible** et **temporaire**, généralement progressif sur **6 à 8 semaines.** - Facteur déclenchant : expérience de vie douloureuse récente ou de son rappel.	
	Manifestations cliniques	Interrogatoire de l'entourage très souvent nécessaire et utile : - **Symptômes dépressifs** et/ou **anxieux** non spécifiques. - **Consommation de toxiques** (alcool, substances illicites, tabac). - **Prises de risque inconsidérées.** - **Retrait** par rapport aux marques d'affection et au contact physique. - **Isolement.**
	Manifestations psychologiques	- **Sentiment de désespoir.** - **Souffrance psychique intense.** - **Réduction du sens des valeurs.** - **Cynisme**, goût pour le **morbide.** - **Recherche soudaine de moyens létaux (ex : d'armes à feu).** - **Comportements préparatoires (rédaction de lettres, dispositions testamentaires, dons…) : à rechercher systématiquement.** - Si **accalmie** lors de l'évolution : craindre un **syndrome de Ringel** = calme apparent, attitude de retrait, diminution de la réactivité émotionnelle, de la réactivité affective, de l'agressivité et des échanges interpersonnels → Passage à l'acte imminent (suicide comme seule option envisageable).

<table>
<tr><td rowspan="8">REPERAGE DE LA CRISE SUICIDAIRE</td><td colspan="3">- Repérage de la crise suicidaire selon 3 axes principaux :
. Expression d'idéations suicidaires ou d'intention suicidaire.
. Manifestations d'une situation de crise suicidaire.
. Contexte de vulnérabilité.
→ Interroger sur les idées suicidaires de les fait pas émerger.</td></tr>
<tr><td>Chez l' enfant</td><td colspan="2">= Apparition d'idées et d'intention suicidaire à partir de 5-6 ans chez l'enfant.
- L'expression d'idées suicidaires n'est pas forcément en lien avec une crise suicidaire (ex : menaces suicidaires sous l'emprise de la colère ou dans un contexte d'intolérance à la frustration).
- Signes de crise suicidaire : mise en danger, préoccupations exagérées pour la mort.
- Signes aspécifiques de détresse : manifestations externalisées (irritabilité, agitation, colère), internalisées (repli, isolement), régressions développementales (énurésie secondaire), douleurs, signes fonctionnels et baisse des résultats scolaires.
- Facteurs de risque : ATCD personnels ou familiaux de TS, troubles psychiatriques, isolement affectif, dysrégulation émotionnelle (impulsivité), maladie chronique ou handicap, bouleversements familiaux, placement en milieu institutionnel, contexte de harcèlement, maltraitances, négligences, appartenance à une minorité culturelle ou sexuelle.
- Facteur de protection : soutien familial.
- Moyens : pendaison/strangulation et défenestration.</td></tr>
<tr><td>Chez l' adolescent</td><td colspan="2">- Idées et intentions suicidaires : ne doivent jamais être banalisées.
- Signes de crise suicidaire : baisse des résultats scolaires, hyperactivité, attirance pour la marginalité, conduites à risque (usage de substance, comportements sexuels à risque, blessures auto-infligées, conduites anorexiques ou boulimiques, mise en danger sur la voie publique…)
- Facteurs de risque : troubles psychiatriques, isolement affectif, rupture sentimentale, échec (notamment scolaire), déscolarisation, conflits d'autorité, maladie chronique ou handicap.
- Facteur de protection : soutien familial.
- Moyen : intoxication médicamenteuse volontaire.</td></tr>
<tr><td>Chez l' adulte</td><td colspan="2">- Idées et intentions suicidaires : peu fréquemment exprimées en dehors de la relation avec le médecin ou de façon très manifeste dans la famille.
- Signes de crise suicidaire : ennui, sentiment de perte de rôle, d'échec, d'injustice, d'être en décalage, perte d'investissement au travail, difficultés relationnelles, difficultés conjugales, incapacité à supporter une hiérarchie, arrêts de travail à répétition ou au contraire surinvestissement au travail, consultations répétées pour des symptômes aspécifiques (douleur, asthénie…)
- Facteurs de vulnérabilité : statut conjugal, social et professionnel précaire, ambiance délétère au travail (± harcèlement), toxicomanie, troubles psychiatriques, situation de violence, atteinte narcissique, migration, affections médicales handicapantes, chroniques, douloureuses ou graves.</td></tr>
<tr><td>Chez le sujet âgé</td><td colspan="2">- Idées et intentions suicidaires : rarement exprimées, ne doivent pas être banalisées.
- Signes de crise psychique : repli sur soi, refus de s'alimenter, manque de communication, perte d'intérêt pour les activités, refus de soin.
- Facteurs de vulnérabilité : état dépressif caractérisé, autre trouble psychiatrique, affection médicale générale potentiellement handicapante ou douloureuse, conflits, changement d'environnement, veuvage, isolement social, maltraitance.
- Particularités : intentionnalité suicidaire élevée, faible niveau d'impulsivité et d'agressivité, peu d'antécédents personnels de conduite suicidaire.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Chez le patient psychiatrique</td><td>- Idées et intentions suicidaires : expression très variable d'un sujet à l'autre, facile ou dissimulée.
- Signes d'augmentation du risque : isolement avec décision de rupture de contact (visite de l'infirmier de secteur…), réduction et abandon des activités, exacerbation des différents signes de la maladie, pensées ou actes imposés de suicide par des hallucinations (injonctions hallucinatoires).
→ La maladie est en soi un facteur de risque majeur de suicide.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Risque</td><td>Eléments individuels</td><td>- Antécédents personnels de tentative de suicide ++.
- Diagnostic de trouble psychiatrique : troubles des conduites alimentaires, trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble de la personnalité (cluster B surtout), schizophrénie, trouble lié à l'usage de substances (alcool ++, drogue)…
- Estime de soi : faible ou fortement ébranlée.
- Tempérament et style cognitif : impulsivité, rigidité de la pensée, colère, agressivité, propension au désespoir.
- Expression d'idées suicidaires.
- Santé physique : problème de santé physique handicapant ou douloureux.</td></tr>
<tr><td>Eléments familiaux</td><td>- Antécédents suicidaires familiaux (suicides et tentatives de suicide).</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5"></td><td rowspan="2"></td><td>Evénement de vie</td><td>- Antécédents personnels de violence, ou d'abus physique, psychologique ou sexuel.
- Elément déclencheur : élément récent amenant le sujet en état de crise.
- Situation socio-économique.
- Isolement social : réseau social pauvre ou inexistant, problèmes d'intégration.
- Séparation ou perte récente.
- Difficultés dans le développement : difficultés scolaires ou professionnelles, placement durant l'enfance/adolescence en foyer d'accueil, détention, perte parentale précoce…
- « Imitation » suite au suicide d'un proche (phénomène de contagion).
- Difficultés légales : infractions, délits.
- Pertes, échecs ou événements humiliants.
- Appartenance à une minorité.</td></tr>
<tr><td>Facteur de protection</td><td>- Résilience = capacité à fonctionner de manière adaptée en présence d'évènements stressants et de faire face à l'adversité.
- Soutien familial et social, avoir des enfants, des amis.
- Croyance religieuse.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Urgence (projet suicidaire)</td><td>- Niveau de souffrance élevé : désarroi, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation, d'impuissance ou de culpabilité.
- Degré élevé d'intentionnalité : scénario suicidaire envisagé, dispositions préparées (matériel…), aucune autre alternative envisagée que le suicide (idées envahissantes, ruminations anxieuses, refus de soins, intention communiquée à un tiers.
- Impulsivité : tension psychique, instabilité comportementale, agitation, attaque de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.
- Manque de soutien familial.
<table>
<tr><th>Urgence faible</th><th>Urgence moyenne</th><th>Urgence élevée</th></tr>
<tr><td>- Bonne alliance thérapeutique
- Volonté de parler, recherche de communication
- Cherche des solutions à ses problèmes
- Idées suicidaires sans scénario suicidaire précis
- Envisage d'autres moyens pour surmonter la crise
- Non anormalement troublé, mais psychologiquement souffrant</td><td>- Isolement
- Besoin d'aide exprimé directement ou indirectement
- Ne voit pas d'autre recours que le suicide
- Idées suicidaires avec un scénario envisagé, mais dont l'exécution est reportée
- Envisage le suicide avec une intention claire
- Equilibre émotionnel fragile</td><td>- Isolement très marqué
- Ralentissement ou agitation psychomotrice
- Souffrance et douleur omniprésentes ou complétement masquées
- Sentiment d'avoir tout fait et tout essayé
- Accès direct et immédiat à un moyen de se suicider
- Décidé, avec un passage à l'acte planifié et prévu dans les jours suivants
- Coupé de ses émotions, rationalisant sa décision, ou au contraire très émotif, agité ou anxieux</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td colspan="2">Dangerosité (moyens à disposition)</td><td>- Dangerosité létale du moyen considéré.
- Accessibilité au moyen considéré.</td></tr>
<tr><td colspan="3">➝ Le passage à l'acte reste souvent imprévisible</td></tr>
<tr><td>PREVENTION</td><td colspan="3">➝ Réseaux d'accueil et d'écoute : moyen privilégié de prévention, à tout niveau.
. 3114 : numéro national de prévention du suicide, accessible 24h/24 et 7j/7, accueil, évaluation, intervention et orientation téléphoniques professionnelles.
. VigilanS : dispositif de prévention de la réitération suicidaire, veille active (mise à disposition d'une équipe à contacter par téléphone en cas de besoin), recontacts actifs (appels, envoi de cartes postales).
. Prévention de la contagion suicidaire : amélioration du traitement médiatique des conduites suicidaires, réduction des conséquences des suicides dans les institutions (postvention) et prévention des hotspots (lieux publics réputés pour le nombre de suicides qui s'y produisent).
. Formation des acteurs de la prévention du suicide et sentinelles.
. Communication grand public.
. Importance également de la médecine scolaire et du travail.
➝ Restreindre l'accès aux moyens.
➝ Responsabiliser les médias.
➝ Adopter des politiques sur l'alcool.
➝ Identifier précocement et traiter.
➝ Former les agents de santé.
➝ Soins de suivi et de soutien de la communauté.</td></tr>
<tr><td></td><td>Prévention primaire</td><td colspan="2">= Sujet ayant des facteurs de vulnérabilité de crise suicidaire.
- Suppression des facteurs de risque et facteurs de décompensation : traitement d'un état dépressif…
- Prévention du passage à l'acte chez un patient à haut risque hospitalisé en psychiatrie.
- Guide d'entretien psychosocial type HEAADSSSS chez l'adolescent (habitation, école, alimentation, activités, drogues, sexualité, suicide, sévices subis, symptômes flous).</td></tr>
</table>

	Prévention secondaire		= Dépistage précoce de la crise suicidaire : concerne tous les médecins. - **Evaluation de la crise suicidaire** (risque, urgence, dangerosité) auprès du patient et de son entourage. - **Hospitalisation** systématique en cas de risque suicidaire important, éventuellement en SDT.
	Prévention tertiaire		Prise en charge des personnes suicidantes.
TTT	Abord du patient		- Entretien dans un endroit calme, en toute confidentialité, en face à face. - Aborder les idées suicidaires par des questions directes (« avez-vous envie de mourir ? »…) - Ne jamais banaliser des conduites suicidaires ni la verbalisation d'idées suicidaires. - Ne pas dramatiser la situation. - Repérer les soutiens possibles dans l'entourage et proposer au patient des les appeler. → Distinguer une crise suicidaire dans un **contexte de crise psychosociale** ou une crise suicidaire en rapport avec un **trouble mental.**
	CAT en urgence		= Situation fréquente en service d'urgence : tentative de suicide (IMV…), intoxication alcoolique… - **Stabilisation** du patient, voire **réanimation** si besoin. - **Traitement médicamenteux sédatif** ou **anxiolytique** si besoin (agitation ou anxiété importante), de durée limitée. - **Traitement hypnotique** si insomnie sévère transitoire. - **Avis psychiatrique** (à distance de toute imprégnation médicamenteuse ou toxique) : évaluation de la psychopathologie, évaluation de la crise suicidaire, décision de prise en charge. → Hospitalisation : - Pronostic engagé du fait de la tentative de suicide. - Risque suicidaire imminent. - Situation d'insécurité sévère dans les perspectives de sortie. - Perplexité anxieuse sans distanciation vis-à-vis de la souffrance psychique.
	Hospitalisation en psychiatrie		= **Hospitalisation libre** ou **sous contrainte,** de courte durée (1 à 3 jours) ou prolongée.
		Indications	- **Risque suicidaire** avec niveau d'urgence élevé. - **Risque suicidaire** avec situation particulière : pathologie psychiatrique sous-jacente, isolement social, entourage potentiellement délétère, refus d'aide médical (refus d'un entretien de réévaluation), facteurs de risque multiples.
		Objectifs	- **Protection de la personne** en limitant le risque de passage à l'acte suicidaire. - Faciliter la résolution de la crise : **psychothérapie de soutien.** - Mise en place d'un **suivi ultérieur en ambulatoire.** - **Traitement psychiatrique** adapté à la cause. - Compléter l'évaluation psychiatrique.
		Précaution	- **Limiter l'accès aux moyens létaux** : inventaire des affaires, retrait des objets potentiellement dangereux… - **Surveillance rapprochée.** - **Plan de sécurité personnalisé** : liste des ressources (personnes, numéro de téléphone d'urgence, acticités apaisantes…) → De nombreux suicides ont lieu en établissement de soin = **5 %.**
	Spécificités de l' enfant et de l' adolescent		- **Evaluation psychosociale systématique.** - Prise en charge ambulatoire par des pédopsychiatres, psychologues, médecin traitant, travailleur social, éducateur spécialisé, médecin scolaire, infirmerie scolaire. - **Plan de sécurité personnalisé** : liste de ressources que le patient peut utiliser avant et pendant une crise suicidaire. - Soin institutionnel pendant le séjour hospitalier : travail individuel de l'adolescent qui amorce un travail d'élaboration psychique, travail de groupe avec confrontation aux pairs hospitalisés, travail avec la famille autour de la crise familiale.
		PEC du risque suicidaire	- <u>Evaluation du potentiel suicidaire</u> (RUD) : . Faible : pas d'hospitalisation mais suivi par psychologue proposé. . Moyen : consultation d'évaluation rapide à programmer ; informer les parents. . Elevé : hospitalisation (au moins en UHCD) + évaluation par un médecin d'adolescent et/ou un psychiatre. - <u>Indications d'hospitalisation</u> : . Urgence et/ou dangerosité élevée. . Non-possibilité de prise en charge à domicile : non-implication des parents, pas d'accès aux soins. → Environnement sécurisé ; grandes causes de suicide à l'hôpital : défenestration et pendaison. - <u>Indications d'un transfert en pédopsychiatrie</u> : . Risque suicidaire très élevé. . Impossibilité à sécuriser l'environnement. . Passage à l'acte suicidaire pendant l'hospitalisation.

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td></td><td>PEC des tentatives de suicide</td><td>- Toute TS devrait conduire à un temps d’évaluation hospitalière.
- Lieu d’hospitalisation le plus adapté à l’âge de l’enfant : unités de médecine pour adolescents ou service de pédiatrie avec psychiatre de liaison.
- Evaluation triple :<table><tr><td>Clinique</td><td>- Aux urgences : examen clinique, recherche de scarifications, surveillance et traitement d’une intoxication, pas de jugement de valeur, prévention du risque de récidive immédiat (environnement sécurisé).
- En hospitalisation : évaluation d’une éventuelle maladie chronique, de la croissance, du développement pubertaire, d’une acné, recherche de toxiques, d’une sexualité à risque, évaluation d’une contraception.</td></tr><tr><td>Psychique</td><td>Psychologue, psychiatre ou pédiatrie spécialisé dans la médecine de l’adolescent.
- Recherche des ATCD de traumatisme psychique ou physique.
- Recherche d’une pathologie psychiatrique personnelle et familiale.
- Recherche des facteurs de risque de récidive à court terme.</td></tr></table></td></tr>
<tr><td colspan="2">Spécificités du sujet âgé</td><td>- Recherche de troubles psychiatriques comorbides.
- Tout changement comportemental récent doit faire envisager une douleur physique et/ou une maltraitance.
- Evaluation psychosociale systématique.
- En cas de crise suicidaire avérée, recherche des moyens de mort violente et retrait du domicile.</td></tr>
</table>